

NYS यूनिफॉर्म अस्पताल वित्तीय सहायता संबंधी आवेदन

(NYS UNIFORM HOSPITAL FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION)

यदि आप अभीमाकृत हैं, यदि आपकी बीमा की अवधि समाप्त हो चुकी है, या यदि आपके पास स्वास्थ्य बीमा है लेकिन आपके पास भुगतान किए गए चिकित्सा खर्च का प्रमाण है, जो आपकी आय का 10% से अधिक है, तो आप अपने बिलों का भुगतान करने हेतु अस्पताल की वित्तीय सहायता के लिए पात्र हो सकते हैं। इस फॉर्म को भरने से अस्पताल की वित्तीय सहायता के लिए आपका अनुरोध शुरू हो जाएगा। इस फॉर्म का उपयोग न्यूयॉर्क राज्य के सभी अस्पतालों द्वारा किया जाता है।

इस आवेदन को अस्पताल द्वारा सेवा प्रदान किए जाने वाले रोगियों द्वारा बोली जाने वाली प्राथमिक¹ भाषाओं में मुद्रित किया जाना चाहिए।

रोगी का नाम (पूरी जानकारी जो लागू हो)

रोगी का नाम (प्रथम, मध्य, कुलनाम)		
जन्म तिथि (दिन/महीना/वर्ष)		
पता	अपार्टमेंट/यूनिट #	
शहर	राज्य	ज़िप
संपर्क फ़ोन #		
माता-पिता/अभिभावक या कानूनी प्रतिनिधि का नाम (यदि रोगी एक नाबालिग बच्चा या अक्षम वयस्क है)		
ईमेल पता (यदि कोई हो)		

परिवार संबंधी जानकारी:

कृपया नीचे अपने घर के सभी पारिवारिक सदस्यों का नाम सूचीबद्ध करें। आपके परिवार में आप, आपके जीवनसाथी या घरेलू साथी (अविवाहित युगल) और कोई भी बच्चे या अन्य आश्रित शामिल हैं। उदाहरण के लिए, इसमें वे सभी लोग शामिल होंगे जिनका नाम कर विवरणी पर सूचीबद्ध है।

सकल आय का अर्थ है करों की कटौती से पहले की आपकी आय।

सकल आय में काम से प्राप्त होने वाली आय (मजदूरी, वेतन, टिप्स अर्थात् बख्शीश, स्वरोजगार से होने वाली आय), अनार्जित आय (सामाजिक सुरक्षा, विकलांगता, और बेरोजगारी लाभ), योगदान (परिवार या दोस्तों से प्राप्त धन), तथा आय के अन्य स्रोत (अस्थायी सहायता और पूरक सुरक्षा आय) शामिल हो सकते हैं।

¹ “प्राथमिक भाषाओं” में ऐसी कोई भी भाषा शामिल है जिसका उपयोग प्रति वर्ष कम से कम 5% रोगियों के मुलाकात के लिए आने पर संवाद करने के लिए किया जाता है, या प्राथमिक अस्पताल सेवा क्षेत्र की 1% से अधिक आबादी द्वारा बोली जाने वाली कोई भी भाषा शामिल है, जिसकी गणना संयुक्त राज्य अमेरिका के जनगणना ब्यूरो से उपलब्ध जनसांख्यिकीय जानकारी के आधार पर की जाती है, जिसे स्कूल प्रणालियों से प्राप्त आंकड़ों से पूरित किया जाता है।

NYS यूनिफॉर्म अस्पताल वित्तीय सहायता संबंधी आवेदन

(NYS UNIFORM HOSPITAL FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION)

पूरा नाम	संबंध	कुल सकल आय (वर्तमान)
	स्वयं	

अस्पताल आपसे आय के प्रमाण के रूप में दस्तावेज़ प्रस्तुत करने का अनुरोध कर सकता है; दस्तावेज़ों के उदाहरणों में वेतन पर्ची, यदि लागू हो, तो आपके नियोक्ता का पत्र, या फॉर्म 1040 शामिल हो सकते हैं।

स्वास्थ्य बीमा स्थिति

क्या आपके पास मेडिकेड (Medicaid), मेडिकेयर (Medicare), या निजी बीमा सहित किसी भी प्रकार का स्वास्थ्य बीमा है जो आपके नियोक्ता ने प्रदान किया हो या आपने खुद खरीदा हो?

☐ हाँ ☐ नहीं

यदि आपका उत्तर “नहीं” में है, तो क्या आप इनमें से किसी भी कार्यक्रम के लिए आवेदन करने में सहायता चाहेंगे?

☐ हाँ ☐ नहीं

न्यूनबीमाकृत रोगी: वे लोग जिनके पास बीमा है और चिकित्सा खर्च अधिक है।

यदि आपके पास बीमा है, तो कृपया पिछले 12 महीनों में आपके द्वारा भुगतान किए गए चिकित्सा बिलों का अनुमान प्रदान करें।

\$

अस्पताल आपसे भुगतान किए गए चिकित्सा खर्चों के प्रमाण के रूप में दस्तावेज़ जमा करने का अनुरोध कर सकता है।

मरीज़/ज़िम्मेदार पक्ष: यदि रोगी नहीं है, तो फॉर्म पर हस्ताक्षर करने वाले व्यक्ति का नाम और रोगी की ओर से हस्ताक्षर करने के उनके अधिकार (उदाहरण के लिए, जीवनसाथी, माता-पिता, कानूनी प्रतिनिधि) को सूचीबद्ध करें।

मैं समझता/समझती हूँ कि जो जानकारी मैं सबमिट करता/करती हूँ वह बाहरी स्रोतों से सत्यापन के अधीन हो सकती है। मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि दी गई जानकारी मेरी सर्वोत्तम ज्ञान के अनुसार सही और पूर्ण है।

रोगी/एजेंट/रिश्तेदार/अभिभावक (हस्ताक्षर)
 (Patient/Agent/Relative/Guardian (Signature))

तिथि
 (Date)

समय
 (Time)

स्पष्ट अक्षरों में अपना नाम लिखें
 (Print Name)

संबंध अगर रोगी के अलावा कोई हो
 (Relationship if other than patient)

न्यूनतम योग्यता और दिशानिर्देश (MINIMUM ELIGIBILITY AND GUIDELINES)

आवेदन की समय-सीमा, रोगी के अधिकार, और गोपनीयता

- आप संग्रह प्रक्रिया अर्थात् कलेक्शन प्रोसेस के दौरान किसी भी समय वित्तीय सहायता के लिए आवेदन कर सकते हैं।
- जब तक आपको वित्तीय सहायता के लिए आपके आवेदन पर निर्णय नहीं मिल जाता, तब तक आपको इस अस्पताल को कोई भुगतान करने की ज़रूरत नहीं है। जब तक आपका आवेदन लंबित है, तब तक अस्पताल खाते से वसूली की कार्यवाही नहीं कर सकता।
- यदि आपको वित्तीय सहायता से वंचित किया जाता है, तो आपके पास अपील करने का अधिकार है। ऐसा करने के तरीके के बारे में जानकारी आपको प्राप्त होने वाले अस्पताल के नोटिस में शामिल की जाएगी। आपको अपनी वित्तीय सहायता राशि के लिए अपील करने का अधिकार है। अस्पताल अपने निर्णय पत्र में अपील करने के तरीके की जानकारी शामिल करेगा।
- अस्पताल आपके पहले बिल के बाद कम से कम 180 दिनों तक किसी कलेक्शन एजेंसी को अभुक्त बिल नहीं भेज सकते हैं।
- अस्पतालों को संघीय गरीबी स्तर के 400% से नीचे के रोगियों के अभुक्त चिकित्सा बिलों की वसूली के लिए मुकदमा दायर करने सहित कानूनी कार्यवाई करने पर प्रतिबंध है। गरीबी संबंधी दिशानिर्देश यहाँ देखे जा सकते हैं:
<https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- इस आवेदन में दी गई किसी भी जानकारी का उपयोग अस्पताल द्वारा केवल वित्तीय सहायता के लिए आपकी पात्रता निर्धारित करने के लिए किया जाएगा और यह कानून द्वारा अनुमत सीमा तक गोपनीय रहेगी।
- अस्पताल आपको चिकित्सकीय रूप से ज़रूरी सेवाएं देने से इनकार नहीं कर सकता क्योंकि आपके मेडिकल बिल का भुगतान नहीं किया गया है।
- यदि आपको इस आवेदन के साथ सहायता की ज़रूरत है, तो कृपया नॉर्थवेल स्वास्थ्य के वित्तीय सहायता कार्यालय (Northwell Health's Financial Assistance Office) से (800) 995-5727 पर संपर्क करें।
- कृपया अपना आवेदन उपरोक्त फ़ोन नंबर पर प्रतिनिधि से बात करके, ऑनलाइन <https://www.northwell.edu/assistance> पर, या डाक द्वारा Northwell Health Financial Assistance Unit, P.O. BOX 9001, Melville, NY 11747 पर भेजें।
- यदि आपको इस आवेदन में अतिरिक्त सहायता की ज़रूरत है या किसी निर्णय के विरुद्ध अपील करने में सहायता की ज़रूरत है, तो आप सामुदायिक स्वास्थ्य अधिवक्ताओं (Community Health Advocates) से: 888-614-5400 पर संपर्क कर सकते हैं।

योग्यता

नीचे निर्दिष्ट आय स्तरों से अधिक आय स्तरों पर भुगतान छूट के लिए रोगी की पात्रता स्थापित करने तथा/अथवा सार्वजनिक स्वास्थ्य कानून द्वारा अपेक्षित छूट से अधिक भुगतान छूट प्रदान करने के लिए पात्र रोगियों के लिए भुगतान छूट प्रदान करने की अस्पताल की क्षमता को कोई भी सीमा नहीं देता है। इसके अतिरिक्त, आप्रवासन की स्थिति वित्तीय सहायता निर्धारित करने के उद्देश्य से पात्रता मानदंड नहीं होगी।

निम्नलिखित व्यक्ति-विशेष पात्र हैं:

- स्वास्थ्य बीमा के बिना कम आय वाले व्यक्ति; या
- न्यूनबीमाकृत व्यक्ति (पिछले बारह महीनों में अपने जेब खर्च से जमा की गई चिकित्सा लागत जो ऐसे व्यक्ति की सकल वार्षिक आय के दस प्रतिशत से अधिक है); या
- वे लोग जिन्होंने अपने स्वास्थ्य बीमा हितलाभ समाप्त कर लिए हैं, और जो पूर्ण शुल्क का भुगतान करने में असमर्थता प्रदर्शित कर सकते हैं; या
- अस्पताल के विवेक पर, वे व्यक्ति जो अपने सह-भुगतान (को-पे) तथा/अथवा कटौती योग्य भुगतान करने में असमर्थता प्रदर्शित कर सकते हैं, वे कम या रियायती भुगतान का अनुरोध कर सकते हैं।

संघीय गरीबी स्तर के 400% तक के व्यक्ति वित्तीय सहायता के लिए पात्र हैं।

न्यूनतम योग्यता और दिशानिर्देश (MINIMUM ELIGIBILITY AND GUIDELINES)

संघीय गरीबी स्तर (2025)			
घर में रहने वाले लोगों की संख्या	200%	300%	400%
1 व्यक्ति	\$ 31,300	\$ 46,950	\$ 62,600
2 व्यक्ति	\$ 42,300	\$ 63,450	\$ 84,600
3 व्यक्ति	\$ 53,300	\$ 79,950	\$ 106,600
4 व्यक्ति	\$ 64,300	\$ 96,450	\$ 128,600
5 व्यक्ति	\$ 75,300	\$ 112,950	\$ 150,600
6 व्यक्ति	\$ 86,300	\$ 129,450	\$ 172,600
7 व्यक्ति	\$ 97,300	\$ 145,950	\$ 194,600

वार्षिक रूप से अद्यतित: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

न्यूनतम छूट दरें

यदि आप वित्तीय सहायता के लिए अर्हता प्राप्त करते हैं, तो आपके शुल्क को निम्नानुसार आपकी आय के अनुसार घटते शुल्क पैमाने पर कम किया जाएगा:

आय का स्तर	भुगतान
200% FPL से नीचे	सभी शुल्क का अधित्याग करें
200% - 300% FPL	अबीमाकृत रोगी: मेडिकेड (Medicaid) द्वारा सेवा(ओं) के लिए भुगतान की जाने वाली राशि का 10% तक स्लाइडिंग स्केल। न्यूनबीमाकृत रोगी: ऐसे रोगी की बीमा लागत साझा करने के अनुसार भुगतान की जाने वाली राशि का अधिकतम 10% तक।
301% - 400% FPL	अबीमाकृत रोगी: मेडिकेड (Medicaid) द्वारा सेवा(ओं) के लिए भुगतान की जाने वाली राशि का 20% तक स्लाइडिंग स्केल। न्यूनबीमाकृत रोगी: ऐसे रोगी की बीमा लागत साझा करने के अनुसार भुगतान की जाने वाली राशि का अधिकतम 20% तक।

अस्पताल योग्य रोगियों के लिए अधिक छूट प्रदान करने का विकल्प चुन सकते हैं तथा/अथवा उच्च आय स्तर पर रोगियों के लिए भुगतान छूट की पेशकश कर सकते हैं।

किश्त योजनाएँ

किश्त योजनाएँ अर्थात् इंस्टॉलमेंट प्लान उन रोगियों के लिए उपलब्ध हैं जो एक बार में कम की गई दर का भुगतान करने में असमर्थ हैं। मासिक भुगतान आपकी सकल मासिक आय के 5% से अधिक नहीं हो सकता है और अभुक्त शेष राशि पर रोगी को दी जाने वाली ब्याज दर, यदि कोई हो, 2% से अधिक नहीं होगी।

घरेलू आय के प्रमाण के लिए अनुरोध (REQUEST FOR PROOF OF HOUSEHOLD INCOME)

कृपया रोगी, उनके पति/पत्नी तथा आश्रितों (जैसे कि बच्चों) की आय संबंधी जानकारी शामिल करें। उदाहरण के लिए, इसमें घरेलू आय की गणना में एक ही कर विवरणी (कर दाखिलकर्ता, जीवनसाथी और कर आश्रित) पर सभी लोग शामिल होंगे।

निम्नलिखित दस्तावेजों की एक सूची है जिसका उपयोग आप अपनी आय साबित करने के लिए कर सकते हैं। आपको ये सभी दस्तावेज देने की आवश्यकता नहीं है। यदि आपकी कोई आय नहीं है तो आप कोई घरेलू आमदनी नहीं का विवरण भी दे सकते हैं।

आप न्यूयॉर्क स्टेट ऑफ हेल्थ मार्केटप्लेस से पात्रता निर्धारण पृष्ठ भी उपलब्ध करा सकते हैं। यदि आपके पास यह दस्तावेज है, तो आपको अस्पताल को नीचे सूचीबद्ध कोई अन्य आय संबंधी जानकारी देने की ज़रूरत नहीं है।

यदि आपके परिवार को प्राप्त होता है:	प्रति माह राशि:	आवेदक निम्नलिखित जानकारी प्रदान कर सकता है:
वेतन (मजदूरी)	\$	कृपया एक पेचेक स्टब (वेतन पर्ची), या कंपनी के लेटरहेड पर नियोक्ता का पत्र, हस्ताक्षरित और दिनांकित, या हाल ही में दाखिल किया गया आयकर विवरणी (इनकम टैक्स रिटर्न) प्रदान करें।
सामाजिक सुरक्षा भुगतान	\$	पुरस्कार पत्र/प्रमाणपत्र, या अमेरिकी सामाजिक सुरक्षा प्रशासन से पत्राचार, या वार्षिक लाभ पत्र की प्रति। अपने सामाजिक सुरक्षा लाभ पत्र की एक प्रति का अनुरोध करने के लिए, 1-800-772-1213 पर कॉल करें या www.ssa.gov पर जाएँ।
बेरोजगारी संबंधी प्रतिपूर्ति	\$	NYS श्रम विभाग से पुरस्कार पत्र/प्रमाणपत्र, या मासिक हितलाभ विवरण की प्रति, या NYS श्रम विभाग से प्रिंटआउट के साथ प्रत्यक्ष भुगतान कार्ड की प्रति, अथवा NYS श्रम विभाग से पत्राचार की प्रति, या NYS श्रम विभाग की वेबसाइट (www.labor.state.ny.us) से प्राप्तकर्ता खाता जानकारी का प्रिंटआउट।
दिव्यांगता भुगतान	\$	सामाजिक सुरक्षा प्रशासन से पुरस्कार पत्र/प्रमाणपत्र, या पत्राचार की प्रति, या वार्षिक लाभ प्रमाणपत्र की प्रति। अपने हितलाभ पत्र की प्रति प्राप्त करने के लिए 1-800-772-1213 पर कॉल करें या www.ssa.gov पर जाएँ।
कामगार प्रतिपूर्ति	\$	पुरस्कार पत्र या चेक स्टब (वेतन पर्ची) की प्रति।
गुजारा भत्ता/बाल सहायता	\$	न्यायिक आदेश की प्रति, अथवा 3 माह के भुनाये गये चेक/रसीदें।
लाभांश/ब्याज	\$	त्रैमासिक लाभांश स्टेटमेंट या 1 महीने का स्टेटमेंट।
अन्य	\$	गैर-मजदूरी आय (यदि कोई हो) का उल्लेख करने वाला पत्र, जैसे मकान किराए से आय, विविध कार्यों से नकदी, आदि।
कोई आमदनी नहीं	\$0	आय न होने का हस्ताक्षरित विवरण (स्टेटमेंट)।

NYS UNIFORM HOSPITAL FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION

You may be eligible for hospital financial assistance to pay your bills if you are uninsured, if your insurance is exhausted, or if you have health insurance but have proof of paid medical expenses totaling more than 10% of your income. Completing this form will start your request for hospital financial assistance. This form is used by all hospitals in New York State.

This application must be printed in the primary¹ languages spoken by patients served by the hospital.

Patient Name (complete information that is applicable)

Patient Name (First, Middle, Last)		
Date of Birth (mm/dd/yyyy)		
Address	Apartment/Unit #	
City	State	Zip
Contact Phone #		
Parent/Guardian or Lawful Representative Name (if patient is a minor child or an incapacitated adult)		
Email Address (if any)		

Family Information:

Please list below all family members in your household. Your household includes yourself, your spouse or domestic partner, and any children or other dependents. For example, this would include everyone listed on the same tax return.

Gross income means your income **before** taxes are deducted.

Gross income can consist of work earnings (wages, salaries, tips, earnings from self-employment), unearned income (social security, disability, and unemployment benefits), contributions (funds from family or friends), and other sources of income (temporary assistance and supplemental security income).

¹ "Primary languages" includes any language that is used to communicate in at least 5% of patient visits per year, or any language spoken by more than 1% of the primary hospital service area population, as calculated using demographic information available from the United States Bureau of the Census, supplemented by data from school systems.

NYS UNIFORM HOSPITAL FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION

Full Name	Relationship	Total Gross Income (Current)
	Self	

The hospital may request you submit documentation as proof of income; examples of documentation might include a pay stub, a letter from your employer if applicable, or Form 1040.

Health Insurance Status

Do you have any form of health insurance, including Medicaid, Medicare, or private insurance through your employer or purchased on your own?

☐ Yes ☐ No

If you answered "No," would you like assistance in applying for any of these programs?

☐ Yes ☐ No

Underinsured patients: people with insurance and high medical expenses.

If you have insurance, please provide an estimate of the medical bills you paid in the past 12 months.

\$

The hospital may request you submit documentation as proof of paid medical expenses.

Patient/Responsible Party: If not the patient, list the name of the person signing the form and their authority to sign on behalf of the patient (e.g., spouse, parent, legal representative).

I understand that the information I submit may be subject to verification from external sources. I certify that the information is true and complete to the best of my knowledge.

Patient/Agent/Relative/Guardian* (Signature)	Date	Time	Print Name
Relationship if other than patient			

MINIMUM ELIGIBILITY AND GUIDELINES

Application Timeline, Patient Rights, and Confidentiality

- You can apply for financial assistance at any point during the collection process.
- You do not have to make any payment to this hospital until you receive a decision on your application for financial assistance. Hospitals may not forward accounts to collection while your application is pending.
- If you are denied financial assistance, you have the right to appeal. Information on how to do so will be included in the hospital's notice you receive. You may have the right to appeal the amount of your financial assistance. The hospital will include information about how to appeal in their decision letter.
- Hospitals cannot send unpaid bills to a collection agency for at least 180 days after your first bill.
- Hospitals are prohibited from taking legal action, including filing lawsuits, to recover unpaid medical bills for patients below 400% of the federal poverty level. Poverty guidelines can be found here: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>
- Any information provided in this application will only be used by the hospital to determine your eligibility for financial assistance and will remain confidential to the extent permitted by law.
- A hospital cannot deny you medically necessary services because you have an outstanding medical bill.
- If you need assistance with this application, **please contact Northwell Health's Financial Assistance Office at (800) 995-5727.**
- Please submit your application by speaking to a representative at the above phone number, online at <https://www.northwell.edu/assistance>, or by mail at Northwell Health Financial Assistance Unit, P.O. BOX 9001, Melville, NY 11747
- If you need additional assistance with this application or help appealing a decision, you can reach out to Community Health Advocates: 888-614-5400.

Eligibility

Nothing limits a hospital's ability to establish patient eligibility for payment discounts at income levels higher than those specified below and/or to provide greater payment discounts for eligible patients than those required by Public Health Law. Additionally, immigration status shall not be an eligibility criterion for the purpose of determining financial assistance.

The following individuals are eligible:

- Low-income individuals without health insurance; or
- underinsured individuals (out-of-pocket medical costs accumulated in the past twelve months that amount to more than ten percent of such individual's gross annual income); or
- those who have exhausted their health insurance benefits, and who can demonstrate an inability to pay full charges; or
- at the hospital's discretion, individuals who can demonstrate an inability to pay their co-pay and/or deductible can request a reduced or discounted payment.

Individuals up to 400% of the federal poverty level are eligible for financial assistance.

MINIMUM ELIGIBILITY AND GUIDELINES

Federal Poverty Levels (2025)			
Household Size	200%	300%	400%
1 Person	\$ 31,300	\$ 46,950	\$ 62,600
2 Persons	\$ 42,300	\$ 63,450	\$ 84,600
3 Persons	\$ 53,300	\$ 79,950	\$ 106,600
4 Persons	\$ 64,300	\$ 96,450	\$ 128,600
5 Persons	\$ 75,300	\$ 112,950	\$ 150,600
6 Persons	\$ 86,300	\$ 129,450	\$ 172,600
7 Persons	\$ 97,300	\$ 145,950	\$ 194,600

Updated annually: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

Minimum Discount Rates

If you qualify for financial assistance, your charges will be reduced according to your income on a sliding fee scale as follows:

Income Level	Payment
Below 200% FPL	Waive all charges
200% - 300% FPL	<p>Uninsured patients: Sliding scale up to 10% of the amount that would have been paid for the service(s) by Medicaid.</p> <p>Underinsured patients: Up to a maximum of 10% of the amount that would have been paid pursuant to such patient's insurance cost sharing.</p>
301% - 400% FPL	<p>Uninsured patients: Sliding scale up to 20% of the amount that would have been paid for the service(s) by Medicaid.</p> <p>Underinsured patients: Up to a maximum of 20% of the amount that would have been paid pursuant to such patient's insurance cost sharing.</p>

Hospitals may choose to provide greater discounts for eligible patients and/or offer payment discounts for patients at higher income levels.

Installment Plans

Installment plans are available to patients who are unable to pay the reduced rate all at one time. Monthly payments cannot exceed 5% of your gross monthly income and the rate of interest charged to the patient on the unpaid balance, if any, shall not exceed 2%.

REQUEST FOR PROOF OF HOUSEHOLD INCOME

Please include the income information for the patient, their spouse, and any dependents (such as children). For example, this would include everyone on the same tax return (tax filer, spouse, and tax dependents) in the calculation of household income.

The following is a list of documents you can use to prove your income. You do not have to provide all these documents. You can also provide a statement of no household income if you have no income.

You may also provide the Eligibility determination page from the NY State of Health Marketplace. If you have this document, you do not have to provide any other income information listed below to the hospital.

If Household Receives:	Amount per Month:	Applicant May Provide:
Wages	\$	Please provide one Paycheck Stub, or Letter from Employer on company letterhead, signed and dated, or most recently filed income tax return.
Social Security Payment	\$	Copy of award letter/certificate, or correspondence from the U.S. Social Security Administration, or annual benefit letter. To request a copy of your Social Security benefit letter, call 1-800-772-1213 or visit www.ssa.gov .
Unemployment Compensation	\$	Copy of award letter/certificate, or monthly benefit statement from NYS Department of Labor, or Copy of Direct Payment Card with printout, or Correspondence from the NYS Department of Labor, or Printout of recipient's account information from the NYS Department of Labor's website (www.labor.state.ny.us).
Disability Payment	\$	Copy of award letter/certificate, or correspondence from Social Security Administration, or copy of annual benefit letter. To request a copy of your benefit letter, call 1-800-772-1213 or visit www.ssa.gov .
Workers Compensation	\$	Copy of Award Letter or Check stub.
Alimony/Child Support	\$	Copy of court order, or 3 months of cashed checks/receipts.
Dividends/Interest	\$	Quarterly dividend statements or 1 month statements.
Other	\$	Letter stating the amount of non-wage earnings (if any), such as rental income, cash for odd jobs, etc.
No Income	\$0	Signed statement of no income.